

STRUKTURPSYCHOLOGIE DER MIGRÄNE

Carl M. Warvarovsky

1973





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554605_0037

AUS DER MEDIZINISCHEN POLIKLINIK
DIREKTOR: PROF. DR.N. ZÖLLNER
UND DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK DER
UNIVERSITÄT MÜNCHEN
DIREKTOR: PROF. DR.H. HIPPIUS

STRUKTURPSYCHOLOGIE
DER MIGRÄNE

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Carl M. Warvarovsky
aus
Kalifornien - U.S.A.

München 1973

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Universität München

Berichterstatter: Prof.Dr.K. Decker

Mitberichterstatter: Prof.Dr.N. Zöllner

Dekan: Prof.Dr.W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 20.12.1973



In Dankbarkeit gewidmet:

Meinen Eltern und

Prof. Kurt Decker M.D.
Peter Just M.D.
Tommy Kono
Oliver W. Sacks M.D.
Eugene H. Weiner M.D.
Richard W. You M.D.

denen ich soviel verdanke.

Inhaltsverzeichnis:

	Seite
Einleitung	1
Beobachtungen	3
Überblick	4
Allgemeine Migräne	5
Begleitsymptome einer Migräne	9
Ablauf einer Migräne	14
Beendigung einer Migräneattacke	15
Diskussion und Schlußfolgerungen	18
Zusammenfassung	21
Dankhinweise	22
Literaturverzeichnis	23
Lebenslauf	27

E i n l e i t u n g :

Unter Migräne leidet heute ein bedeutender Teil unserer Bevölkerung. Migräne kommt aber in allen Zivilisationen vor und lässt sich verfolgen bis zum Beginn unserer Geschichte. Für Cäsar, den Apostel Paulus, den Philosophen Kant und den Begründer der Psychotherapie Freud war sie eine Geißel oder vielleicht auch ein ständiger Anreiz. Für unbekannte Millionen aber ist es ein nahezu tägliches Ereignis im Leben und diese leiden schweigend im Verborgenen (Sacks, 1970). Öffentliche Meinung, auch Ärzte glauben, dass wenig über die Migräne bekannt ist und dass man wenig zu ihrer Behandlung tun kann. In den letzten Jahrzehnten gab es Fortschritte oder auch Erinnerungen an frühere Behandlungsarten. Der Fortschritt spiegelt sich in Überlegungen zur Technik und zur Quantifizierung des Leidens. Rückschritt mag durch die Spezialisierung des Wissens und die daraus entstehende verminderte Behandlung des Patienten bedingt sein. So wird diese Meinung vielleicht am deutlichsten dadurch ausgedrückt, dass immer wieder nach einem Einzelfaktor als Erklärung der Migräne gesucht wird. Es ist fast eine Ironie der Entwicklung, dass mit der Vermehrung unseres Wissens und der technischen Kunst ein allgemeiner Verlust des Verständnisses für den Kranken einherging (Sacks). Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist Migränapatienten unter verschiedenen Lebensbedingungen in verschiedenen Ländern zu beobachten und aus dem Vergleich der Probleme Rückschlüsse zu ziehen, Das Problem

des Verständnisses der "Migräne" sollte als symbolisches emotionelles Ereignis gewertet werden und die Beobachtung an vielen Patienten so weit geführt werden, dass Einzelfaktoren festgestellt werden konnten, die unter den verschiedenen Bedingungen die Struktur der Psychosomatik der Migräne wiedergeben.

B e o b a c h t u n g e n :

In die Beobachtungsweisen der Migräne wurde ich von Dr. Oliver Sacks, von der Albert Einstein Medical School, eingeführt. Er gab die Anregung vergleichende Studien durchzuführen. So konnten zwei annähernd gleich zusammengesetzte Gruppen von je 40 Patienten in den letzten zwei Jahren an der Psychiatrischen Klinik der Universität München und an der Los Angeles County-University of Southern California Medical Center miteinander verglichen werden.

Die Besprechung der Ergebnisse erfolgt durch Vergleich der Komponenten der Migräne und einer daraus hervorgehenden Ableitung über die Struktur dieser Störung.

Besprechung dieser Probleme gab aber auch dem Verfasser genügend Gelegenheit sich mit den Problemen des eigenen Ichs auseinanderzusetzen.

Ü b e r b l i c k :

Unter Migräne versteht man einen halbseitigen Kopfschmerz als charakteristisches Zeichen. Dies ist aber niemals das einzige Symptom dieser Krankheit oder nicht einmal ein notwendiges Kennzeichen des Migräneanfalles. Migräne zeigt sich in einer Vielzahl von Syndromen oder die Erscheinungen der Krankheit können erheblich wechseln. Was man unter "Migräne" zu verstehen hat ist schwer zu definieren. Auch wenn man durch die neuere Literatur geht findet man erhebliche Differenzen was unter den Kardinalsymptomen der Migräne zu verstehen ist, auch wenn man sie um die Diagnose des Kopfschmerzes baut. Wir sprechen von Migräne-Äquivalenten wenn Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen im Leib, Durchfälle, Fieber, Benommenheit oder Stimmungsveränderungen entstehen. Man könnte von einem Vagustyp der Störungen sprechen, ähnlich wie bei den Bewegungskrankheiten oder bei den akuten Synkopen. Die klassische Migräne als dritter Typ abzugrenzen, mit ihrer Zusammensetzung von einer Aura, Übelkeit und Kopfschmerz, ist nicht zu häufig und unter meinen Beobachtungen konnte ich unter 80 Patienten nur 4 mit dem klassischen Syndrom der Migräne beobachten. Alle anderen Patienten boten recht gemischte Typen der Migränekrankheit. In den Beobachtungen gab es keine Patienten bei denen die Migräne von Augenmuskellähmungen, Hemiplegie o.Ä. gefolgt ist.

Man sollte versuchen die Migräne, so möglich, in drei Abschnitte zu gliedern. Nämlich die Prodromi, den eigentlichen Schmerzanfall und die verschiedenen Erscheinungen während der Rückbildung. In dieser Gliederung sollen die verschiedenen Gedanken und die eigenen Beobachtungen wiedergegeben werden.

Allgemeine Migräne.

Bei dieser Form des Gefäßkopfschmerzes stehen Schmerz und Übelkeit im Vordergrund. Du Bois Reymond sprach schon 1860 von dem allgemeinen Krankheitsgefühl in physikalischer und emotioneller Hinsicht. Die Schmerzattacken sind bei einzelnen Patienten sehr unterschiedlich; nicht nur die einzelnen, einander folgenden Attacken eines Kranken, auch die Schilderung der Störung bei verschiedenen Patienten.

Wolff fand 1963, dass die typischen Stellen des Migränekopfschmerzes nicht nur temporal, supraorbital, frontal, retrobulbär, parietal, postaurikular oder okzipital sein können. Sie können auch in der Kieferregion oder in den Zähnen des Ober- und Unterkiefers auftreten, vielleicht auch an der Nasenwurzel oder in dem mittleren Abschnitt der Orbita, auch im Nacken und sogar bis in das Gebiet der A. carotis communis oder in die Spitzen der Schultern lokalisiert werden. Sacks stellte 1970 fest, dass der Beginn der Migräne meist halbseitig ist, obwohl er im spä-

teren Verlauf zu einer diffusen Ausbreitung neigt. Vom Schmerzanfall ist eine Seite meist bevorzugt. Aber nur bei knapp 10% der Beobachtungen in beiden Ländern sind die Erscheinungen auf der rechten oder linken Seite während des ganzen Lebens gebunden. Man findet mehr eine allgemeine Bevorzugung des Schmerzes, die auch von der Stärke abhängig sein kann und bei der schweren Migräne kann der Schmerz von einer Seite auf die andere in rascher Folge wandern. Nicht weniger als ein Drittel aller Patienten berichten nach Sacks und eigenen Erfahrungen von einem beidseitigen diffusen Kopfschmerz (Holokrankie), der schon vom Anfang des Schmerzes in dieser Form besteht. Eine Beobachtung einer Patientin mit vielen Geburten darf angegeben werden. Während der Schwangerschaft war sie anfallsfrei, aber nach der Geburt eines jeden Kindes änderte sich die Bevorzugung des Schmerzes von rechts nach links oder umgekehrt. Es liegt nahe hier eine Primitivreaktion einer Mexikanerin aus dem Lebenskreis von Los Angeles zu vermuten.

Aber auch der Charakter des Kopfschmerzes ist ebenso ähnlich wie seine Lokalisation, stark verschieden. Krampfartige Schmerzen finden wir auch im Beginn der Störungen nur bei etwa der Hälfte der Patienten, ohne dass man viel Unterschiede zwischen der bayerischen und der kalifornischen Bevölkerung beobachten kann. Bald folgt nämlich in jedem Falle immer der eigentliche Schmerzanfall. Fortlaufende krampfartige Schmerzen während der ganzen Attacke

sind ungewöhnlich. Man findet dies fast ausschliesslich bei Leuten, die trotz ihres Migräneanfalles weiterhin unter der allgemeinen täglichen Belastung auszuhalten haben. Der krampfartige Schmerz ist synchron mit dem Puls und soll auch im Anfall von sichtbaren vermehrten Pulsationen der Temporalarterien begleitet sein, so berichten manche Patienten.

Die Intensität des Schmerzes soll im Verhältnis zur vermehrten Amplitude des Arterienpulses stehen, wie Wolff angibt. Der Schmerz kann durch Druck gegen die betroffene Arterie oder durch Unterdrückung der Pulsation der Temporalarterie bei Druck auf den Stamm unterbrochen sein. Auch Druck auf die A. carotis communis oder den Augapfel der betroffenen Seite soll zur Linderung führen können. Unter den eigenen Beobachtungen, nicht verschieden zwischen den einzelnen Ländern, waren nur wenige, die von der Wirksamkeit dieser Handgriffe berichteten. Es waren sicher weniger als 10% und auch hier waren die Angaben recht schwankend. Häufig wurden aber vaskuläre Kopfschmerzen durch aktive oder passive Kopfbewegungen verschlechtert, auch durch Husten oder während der Kopfbewegungen während des Erbrechens. Häufiger wurde aber angegeben, dass der Schmerz nachlässt, wenn es gelingt den Kopf ruhigzustellen oder auch durch Druck gegen die betroffene Schläfenregion.

Die Dauer eines Migräneanfalles ist stark schwankend. Sacks spricht sogar von akuten Schmerzanfällen, die in Minuten wieder vergehen. Meist aber ist die Dauer des Schmerzanfalles nicht unter drei Stunden und ein Verlauf von 8 - 24 Stunden nicht ungewöhnlich. Manchmal können An-

fallsperioden über mehrere Tage dauern, bis zu einer Woche, und bei einzelnen Patienten konnte ich bei einer Migräne, die über 24 Stunden dauerte eine Verhärtung der Temporalarterien tasten, wobei diese Arterie gegen Berührung empfindlich wurde. Auch das umgebende Hautareal kann empfindlich bleiben, länger als einen Tag nach Beendigung eines Anfalles. Sacks berichtete auch von Infiltrationen um das Gefäß oder von einem Haematom in diesem Bereich.

Die Intensität des Migräneschmerzes ist ebenfalls sehr verschieden. Sie kann zur Arbeitsunfähigkeit führen oder sie kann auch nur bemerkt werden, wenn der Patient plötzlich den Kopf schüttelt oder hustet. In einer alten Beschreibung von Tissot aus dem Jahre 1790 wird ein Arzt beschrieben, der unter solch heftigen Schmerzanfällen litt, dass er selbst glaubte, dass die Schädelnähte zerspringen würden. Stalpart Van der Viel sah sogar einmal in einem Migräneanfall bei der Frau seines Gärtners die Schädelnähte bersten. Glücklicherweise konnte ich solches niemals beobachten.

Problematisch ist, dass von mir sehr häufig gefunden wurde, dass der Migräneanfall mit einem charakteristischen Spannungskopfschmerz im Nackenbereich beginnt, vor allem wenn der Anfall von Angst begleitet wird, der Kopf aber weiterbewegt werden muss. Die Bedeutung dieses Spannungskopfschmerzes ist unklar. Man darf es nicht als eine wesentliche Ursache oder einen wesentlichen Anteil des Migräneanfalles ansehen, eher als eine Reaktion auf das Einsetzen des Schmerzes.

B e g l e i t s y m p t o m e e i n e r M i g r ä n e :

Übelkeit ist nicht immer ein wesentlicher Bestandteil der Migräne, gleichgültig ob die Übelkeit geringfügig intermittierend, fortdauernd oder überwältigend ist. Übelkeit ist im weiten Begriff der Definition nicht nur eine körperliche Störung, sondern kann auch für eine geistige Beeinträchtigung oder als Lebensentwurf oder Entwurf einer Verhaltensweise gewertet werden. Ablehnung von Essen und vielen anderen Dingen als allgemeine Übelkeit charakterisiert, mag oft nur eine introvertierte Reaktion des Einzelnen sein. Auch wenn der Patient während eines Anfalles nicht essen kann, so weiss er, dass der Vorgang des Essens, die Ansicht der Speisen, der Geruch oder auch nur der Gedanke an Essen ihn zu einer schweren Übelkeit bringen kann. Man könnte dann von einer latenten Nausea sprechen. Hat sich aber Übelkeit einmal eingestellt, dann kommt es zu einer Reihe von visceralen Störungen wie Aufstossen, Würgen und letztlich Erbrechen. Mit etwas Glück kann das Erbrechen einen Anfall beenden. Dies ist eine Beobachtung, die man häufiger findet, etwa bei einem Drittel der Patienten. Aber dieser Vorgang betrifft ausschliesslich Frauen. Kommt es nach einem Erbrechen zu keiner Besserung, kann der Schmerz zunehmen und erhebliche Formen annehmen. Häufiges Erbrechen kann auch zu Störungen von Flüssigkeits-Elektrolytstoffwechsel führen und den Patienten dadurch in eine langdauernde Attacke führen. Der Begriff der "roten und weissen" Migräne stammt von Du Bois Reymond. Man wird aber heute dieser Störung nicht

mehr als eine beschreibende Bedeutung zumessen können. Einer Beschreibung von Peters aus dem Jahre 1853 entnehme ich, dass der gestaute Kopf mit glänzendem Gesicht, vorgetriebenen Augen, grossem Kopf und Gesicht, sichtbarer Pulsation der Karotiden und Temporalarterien sich finden kann. Man muss hierbei doch an andere Leiden als an eine echte Migräne denken und heute ist der Begriff der roten Migräne am besten zu vermeiden. In gemilderter Form kann man ihn aber bei Frauen finden, die eine Neigung zum Erröten besitzen. Ein Gesichtserythrem ist dann ihr Lebensstil (Sacks).

Als weitere Kasuistik führe ich einen Fall aus Los Angeles an: 50-jähriger Mann, dessen Migränevorgeschichte bis zum 18. Lebensjahr zurückgeht. Wenn er, wie dies häufig geschah, in Wut kam wurden seine Arteriolen an der Nase und den Augen klar und deutlich sichtbar. Der Referent sah ihn einmal kurz vor dem Beginn einer Migräne. Sein Gesicht wurde zu dieser Zeit rot und während der ganzen Migräneattacke blieb es in der gleichen Weise. Nach einer Akupunktur waren seine Schmerzen verschwunden. Gesicht und Nase und Augen blieben aber weiter deutlich gerötet. Dieser Fall war einer aus einer Serie von vielen Kopfschmerzkranken, bei denen die Akupunktur anfänglich ausgezeichnete Erfolge bot. Zwei Monate später war das Bild nach jeder Richtung das gleiche. Die Akupunktur half nicht mehr, die Migräneanfälle kamen in gleicher Weise.

Ein häufigeres Erscheinungsbild ist die "weisse" Migräne. Das Gesicht ist bleich, die Augen erscheinen klein und mit

Ringen versehen. Die Veränderungen erinnern auch an einen Schock wie nach einem chirurgischen Eingriff. Ungewöhnliche Blässe sieht man immer, wenn ein heftiger Brechreiz auftritt.

"Das Gesicht ist in den ersten Minuten rot überzogen und wird plötzlich bleich" (Sacks). Um einer Deutung von Peters zu folgen scheint alles Blut plötzlich vom Kopf nach den Beinen zu streben.

Wolff zeigte, dass Gesichtsödeme, Ödeme der Zunge und der Lippen - in ihrer Form an ein angioneurotisches Ödem erinnernd - häufig am Beginn mancher Attacken stehen. Die ödematöse Haut ist immer schmerzhaft. Augenstörungen kann man nahezu immer finden, vor, während und nach einem Anfall, auch wenn der Patient selbst ihrer nicht gewahr wird. Immer aber ist auf der betroffenen Seite das betroffene Auge gerötet und feucht. Allgemein ist eine gewisse Betonung der kleinen Gefäße des Augenbulbus vorhanden, die Augen erscheinen blutunterlaufen. Die Augen sind feucht, sie tränen leicht. Eine vermehrte Speichelabsonderung entspricht diesem Befund.(Sacks). Symptome von Seiten der Nase sind häufig. Ein Viertel meiner Patienten hatte das Gefühl einer Nasenverstopfung während des Anfalles. Diese Symptome können die Diagnose gegenüber einer Sinusstörung oder einem allergischen Kopfschmerz schwierig machen.

Dr. Holms von der Universität von Südkalifornien (Abteilung für Neuromedizin) fand, dass Zeichen einer Erkältung wie Gelenkschmerz, Kopfschmerz, Nasenträufeln häufig zunächst als Virusinfektion behandelt werden bis man in Wirklichkeit

an eine Migräne denkt. Vor allem muss man bei den sog. Erkältungskrankheiten daran denken die am Wochenende nach einer emotionellen akuten Episode entstehen. Abdominale Symptome waren bei einem Viertel meiner Patienten vorhanden. Vor allem bei jüngeren Patienten ist dies bemerkenswert. Zwei Typen von abdominalem Schmerz kann man unterscheiden.

"Ein neuralgischer Schmerz heftig und dauernd, im allgemeinen im Oberbauch und manchmal zum Rücken ausstrahlend. Der Schmerzcharakter kann durchaus jenem eines perforierten Ulkus, einer Cholecystitis oder Pankreatitis entsprechen. Häufiger aber spricht der Patient von einem kolikähnlichen Schmerz, der im rechten unteren Quadranten lokalisiert wird und nicht unhäufig als Appendizitis verkannt wird" (Sacks).

Ein zweiter Typ erinnert an eine Aufblähung des Abdomens ähnlich wie bei fehlender Bewegung der Därme. Dies findet man häufiger während der Prodromi einer Migräne.

Ein grosser Teil der Migränepatienten möchte bei ihrer zwanghaften Struktur versuchen die Attacke zu unterdrücken, aber mit diesem Kampf bringen sie sich selbst weiter in die heftigen Symptome aller Migränefolgen. Anstatt dass sie damit in der Lage wären die Störungen anzuhalten, führt der Kampf dagegen nur zu einem weiteren "Aufblühen" der Erscheinungen. "Das Auftreten von Benommenheit oder Stupor vor oder während einer gewöhnlichen Migräne, das gelegentliche Verschwinden der Störungen durch einen gesunden Schlaf und den typischen langen Nachtschlaf, in denen die Attacke

ihr gewöhnliches Ende findet", scheint nach Sacks eine durchschnittliche Erscheinung zu sein. Der alte bekannte englische Arzt Liveing beschrieb diese Störungen und erwähnte den Fall eines Gärtners, der in der Lage war bei Auftreten der Erscheinungen sich 10 Minuten unter einen Baum zu legen und während dieser Zeit tief zu schlafen. Schwindelgefühl und eingenommener Kopf finden sich häufig. Selby und Lance (1960) meinten, dass unter ihren 500 Patienten mit Migräne etwa 72% über Schwindelgefühl, eingenommenen Kopf, Brechneigung und ähnliche Gefühle klagten. Die Ursachen dieser Störungen sind vielfältig aber sie beenhalten in erster Linie die Reaktion auf Schmerz, Schwindel und Kreislaufkollaps.

Elektrolytveränderungen kommen häufig während der Migräne-episoden vor. Von Wolff stammen experimentelle Untersuchungen über diese Erscheinungen. Gewichtszunahme und Flüssigkeitsretention sind häufig aber nicht ursächlich mit dem Kopfschmerz verbunden. Auch Fieber, oft bis zu 39⁰, soll nach dem Bericht einiger Beobachter während schwerer Migräneattacken auftreten. Man kann aber fast die vielen neurovegetativen Erscheinungen nicht aufzählen, die als Folgen der Migräne beschrieben werden. Eine vollzählige Liste wäre schliesslich eine endlose Reihe von kuriosen Krankheitserscheinungen.

Die wichtigsten Störungen aber sind die Vitalitätserscheinungen, die sich während einer Migräneepisode einstellen. In amerikanischer Diktion ist der Begriff "Mood" relativ

schwer in die deutsche Sprache zu übersetzen. Die amerikanischen Beschreibungen sprechen von

Hier ist die Entscheidung zwischen Vitalitätsstörungen und Stimmungsstörungen schwer zu treffen. Nach deutscher Nomenklatur ist diese Differenzierung sicher möglich.

Jedoch beinhaltet das Wort "mood" nicht nur Vitalität und Stimmung, sondern auch eine gewisse positive Einstellung zum Leben überhaupt.

Wiederum nach den Angaben von Sacks soll man diese Stimmungsveränderungen nicht allein auf Reaktionen auf Schmerz, auf Erbrechen, auf Übelkeit empfinden, sie sind vielmehr Primärsymptome, die allen anderen Erscheinungen des Migräneanfalles vorausgehen. So finden wir also tiefgehende Störungen von Vitalität und Erlebensmöglichkeit vor und nach dem ganzen Konglomerat von Störungen und Erscheinungen einer Migräne. Im allgemeinen gehen ängstliche Veränderungen und eine reizbare Hyperaktivität in den Anfangerscheinungen der Attacke den allgemeinen Erscheinungen voraus. Apathie und Depression folgen.

Der Ablauf einer Migräne.

Viele Patienten beschreiben ihre Störungen als Einzelsymptom oder als eine Vielfalt von Störungen. Häufiger aber sieht man bei eingehendem Befragen, dass sich die einzelnen Symptome in einem gewissen Ablauf einstellen. Man hat aber die Schwierigkeiten festzustellen, welches das spezifische Anfangssymptom ist und welches schliesslich

das Ende eines Migräneanfalles ist. Im allgemeinen und nach den geläufigen Beschreibungen in den Lehrbüchern nimmt man an, dass ein vaskulärer Kopfschmerz mit Übelkeit und vermehrter Darmaktivität mit Erbrechen und Diarrhoe, mit vermehrter Drüsenaktivität wie Speichelfluss und Tränen, mit Muskelschwäche und Kraftlosigkeit, mit Benommenheit und Depression der typische Befund sei. Migräne beginnt oder endet aber niemals mit diesen Symptomen. Sie kann aber eingeleitet oder gefolgt sein von Symptomen und Zuständen, die klinisch und physiologisch genau das Gegenteil derselben sind.

Prodrome sind wie die ersten Zeichen vielfach örtlich, selten systematisch. Einzelnen von diesen beziehen sich auf physische Störungen, andere auf emotionelle.

Allgemeine physische Prodrome sind Wasserretention, Obstipation und gleichzeitig Durst. Emotionelle Symptome sind Hunger, ruhelose Hyperaktivität, Schlaflosigkeit und ungewöhnliches Erwachen, gleichgültig ob ängstliche oder euphorische Stimuli dieses hervorrufen. George Elliot selbst von Migräne betroffen, sprach von "gefährlich guten" Gefühlen am Tage vor dem Beginn der Störungen. Ähnliche Zustände wurden von vielen Patienten beschrieben, die überaktiv waren. fast manisch in ihrer Ausprägung.

Die Beendigung einer Migräneattacke.

Eine Migräneattacke hört in etwa drei gleichen Weisen auf, wie sie schon seit dem 17. Jahrhundert bekannt sind.

1.) Der Patient kann nach den Störungen einschlafen. Dieser postmigräne Schlaf kann einem postkritischen Schlaf nach einem

epileptischen Anfall sehr ähnlich sein.

2.) Der Anfall kann sich bei verschiedenen Sekretionsmechanismen langsam auflösen. 150 Jahre früher schrieb Calmeil "ein Brechanfall beendet manchmal die Migräne, auch ein ungewöhnlicher Tränenfluss kann dasselbe bewirken oder eine ungewöhnliche Absonderung von Urin." Nach Beobachtungen von Sacks endet ein Migräneanfall manchmal durch heftiges Schwitzen der Füße, der Hände, einer Gesichtshälfte oder durch Nasenbluten oder durch spontane arterielle Blutungen und schliesslich auch durch einen schleimigen Ausfluss aus der Nase. Zu dieser Aufzählung muss man noch Durchfälle und ungewöhnliche Heftigkeit der Menstruationsblutungen dazufügen. "Die von Hassgefühlen angeereicherte Stimmung einer Migräne mit Depression und Enthaltsamkeit oder mit Wut und Aufregung schmilzt hinweg in einen Zustand allgemeiner Auflösung. Sie schmilzt hinweg mit physiologischer Absönderung". Dieser Spruch von Sacks aus dem 20. Jahrhundert könnte in ähnlicher Weise durchaus in Beschreibungen der Migräne ein- oder zweihundert Jahre früher zu finden sein.

3.) Ein Migräneanfall kann aber auch durch plötzlich notwendige physische oder psychische Aktivität gelöst werden. So konnte einer meiner Patienten, ein männlicher Patient, seine Störungen gelegentlich damit beenden, dass er einen sofortigen sexuellen Kontakt mit seiner Frau hatte.

Ein weiterer Kriegsteilnehmer aus Vietnam erzählte mir, dass eine seiner Attacken plötzlich verschwand, als er gezwungen war um sein Leben zu kämpfen. Dies mag aber nicht unbedingt ein therapeutisches Beispiel für normale Verhältnisse sein.

Vielleicht gelingt es also, wenn wir den Migräneanfall wie altüblich in Prodromi, eigentliche Attacke und Späterscheinungen teilen, zur wahren Natur der Migräne vorzudringen.

Diskussion und Schlussfolgerungen.

Wie seit Jahren, Jahrzehnten oder Jahrhunderten, bleibt auch nach dieser Erörterung die Frage nach der Struktur der Migräne offen. Eine einfache und saubere Antwort ist dem Autor, wie vielen anderen vor ihm, unmöglich. Wir stellen fest, dass die Migräne sich aus vielen Symptomen und physiologischen Störungen zusammensetzt und jedes dieser Symptome und jeder Augenblick der Migräne ist nur ein Zusammenspiel von Erscheinungen. So kreist also der Anfall der Migräne mit seinen vielen Symptomen um das Hauptsymptom des Kopfschmerzes. Alle dazugehörigen Symptome und ihre Symptomgruppierungen, Veränderungen unter dem Anfall, Veränderungen von einem Patienten zum anderen, sind unzählbar.

Unser Vergleich von Migränepatienten aus zwei Kontinenten führte zu den gleichen Schlussfolgerungen, dass die Störungen so vielfältig sind, dass eine statistische Auszählung bei einem notwendigerweise immer kleinen Material unmöglich sein muss.

Trotzdem gibt es einige relativ konstante Erscheinungen und diese scheinen das wesentliche der Migräne darzustellen.

So erscheinen die wesentlichen Momente der Migräne veränderliche Höhen der Bewusstheit zu sein, des Muskeltonus, der sensorischen Wachheit. Wenn man etwas die Nomenklatur der Elektrophysiologen berücksichtigt, hat man von Störungen der Wachheit zu sprechen. Hervorstechend sind in jedem Stadium des Ablaufes der Migräne verschiedene Symptome eines eigenartigen emotionellen und physischen Erwachens oder einer Trübung des Bewusstseins -

soweit dieser Ausdruck erlaubt sei - für emotionelle und physische Symptome. Jeder Mensch empfindet seine Schmerzen als einen eigenen Schmerz und kann ihn nur in seiner eigenen Sprache beschreiben. So ist also Migräne nicht nur ein psychosomatisches Problem und ein psycho-physiologisches Ereignis, sondern im Problem der Mitteilung für andere auch ein physio-psychologisches Syndrom. Jeder Migränekranke hat seinen eigenen psycho-physiologischen Ablauf und in der Verständigung von Arzt und Patient bedarf man einer doppelten Verstehenssprache um Schmerz und ähnliche Ereignisse zu begreifen und zu "verstehen". Die Primitivsymptome der Migräne sind körperlich und emotionell. Übelkeit hat in klarer Bedeutung die Bezeichnung für ein körperliches Leiden, wie auch für eine Abneigung des Denkens. Sacks hat ein 5-Stadiummodell des Ablaufes der Symptome angegeben, das einer kurzen Prüfung unterzogen sei.

1.) Die beginnende Erregung einer Attacke (sie kann äusserlich durch einen Reiz oder innerlich durch eine Aura hervorgerufen sein, zeigt emotionelle Aspekte, wie das Gefühl der Wut, der körperlichen Erregung, sensorisch eine Überempfindlichkeit auf, wie sei als Eindrücke und als Flimmerskotome auch einer Überempfindlichkeit der visuellen Eindrücke entspricht. Damit wandelt sich der alte Begriff der Einengungen der Gefässe der Retina auch in einen psychologisch verständlichen Begriff einer psychosomatischen Störung.

2.) Ein Zustand des Blutandranges zeichnet das Stadium aus, das durch Erweiterung der Eingeweidegefässe, durch Muskelspannung, durch Flüssigkeitszurückhaltung und zur gleichen Zeit bei Gefühlen von Spannung, Anfallsbereitschaft und Angst gekennzeichnet ist.

3.) Im Zustand der Höhe der Attacke, fast entsprechend einer Ohnmacht. (Ohnmacht im eigentlichen Sinne der deutschen Bedeutung gemeint). In diesem Zustand fühlt man Apathie, Depression und möchte aus all seinen Verpflichtungen sich zurückziehen. Während dieser Zeit verspürt man körperlich Erbrechen, Schmerzen und Schwäche.

4.) Während der Genesung kann die Lösung sämtlicher Symptome gelegentlich schnell oder auch langsam durch Verschwinden der Störung gekennzeichnet sein. Ein Vergeßen einer visceralen Ejakulation mit Erbrechen möchte manchmal den Erscheinungen eher gerecht werden als physiologische Deutung.

5.) Ein Rückschlagphänomen mag letztlich den Störungen folgen. Euphorie, der Eindruck neuer Energie und vermehrter Muskeltonus und wiedergewonnene Wachheit mögen diesen Zustand kennzeichnen.

Nach all diesen Vergleichen von Kranken angeblich gleicher Population mag man davon ausgehen, dass Migräne vielleicht aus verschiedenen Symptomen zusammengesetzt angesehen werden kann, die mit bestimmter Dauer und mit bestimmtem Ablauf einander folgen. Es war bemerkenswert, dass die Struktur der Anfälle ~~sich~~ selbst in der geringen Beobachtungszeit von 3 Jahren recht häufig wechselte.

Man kommt daher zu dem Eindruck, dass die Migräne ihre Ursache in sehr verschiedenen Höhen der Struktur des zentralen Nervensystems besitzen kann. Sie reicht von einem Zustand kortikaler Regulationen bis zu peripheren autonomen Störungen.

Das 3. Symptom ist das Vorkommen in verschiedenen Kombinationen

Veränderungen und überlaufenden Erscheinungen.

Sehr verschiedenartige Symptome einer Migräne werden also bei Beobachtungen in den zwei grossen westlichen Welten gesehen. Kann man nun nicht davon ausgehen, dass ein grosser Teil der Störungen umweltbedingt ist? Manches unserer Beobachtungen spricht unbedingt in dieser Richtung. Es wendet sich ein grosser Teil der Beobachtungen relativ auffällig gegen die Behauptung und die möglich daraus resultierende Behandlung mit den verschiedensten Arzneimitteln.

Z u s a m m e n f a s s u n g :

Patienten aus den Vereinigten Staaten der Gegend von Los Angeles und der Gegend von New York (Stadtteil Bronx) wurden einer ähnlichen Beobachtungsgruppe in Deutschland gegenübergestellt.

Neben einzelnen gleichen Störungen, die zum Grundbild der Migräne zugeordnet werden, fanden sich eine derartige überraschende Vielzahl von Begleitstörungen, dass an der Krankheitseinheit Migräne Zweifel geäussert werden müssen.

Die Arbeit gibt eher dahin zu denken, dass verschiedenartige psychosomatische Faktoren oder psychobiologische Momente, die in den Lebenskreisen auftreten, symptombildend für die Erkrankung sind.

An dieser Stelle möchte ich
Herrn Professor Dr. K. Decker und
Herrn Professor Dr. N. Zöllner für die
freundliche Überlassung des Themas und
stete Hilfsbereitschaft bei der Durch-
führung meiner Arbeit aufrichtig danken.

Ebenso gilt mein Dank Herrn Professor
Dr. H. Hippius, dem Direktor der Psy-
chiatrischen Klinik der Universität München
für die Möglichkeit, an seiner Klinik arbeiten
zu dürfen und in das Krankengut Einsicht
zu bekommen.

Auch Schwester Consolata will ich gerne
für ihre besondere Hilfe und Fräulein
Lucie Arndt und Frau Christa Neulinger, R.N.
für ihre Sorge und Freundlichkeit herzlich danken.

LITERATURVERZEICHNIS

- ALEXANDER, F.: Psychosomatic Medicine: its Principles and Applications. W. W. Norton & Co., New York, 1950.
- ALEXANDER, F.; FENICHEL, P.: Studies in Psychosomatic Medicine: an Approach to the Causes and Treatment of Vegetative Disorders. The Ronald Press, New York, 1948.
- BEAUMONT, G. E. : Medicine. (6th ed) J. & A. Churchill, London, 1952.
- BLEULER, E.: Dementia Praecox, or the Group of Schizophrenias. International University Press, New York, 1958.
- CAMIEL, A.: zit. nach O. Sachs
- CANNON, W. B. : Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage. (2nd ed.) D. Appleton & Co., New York, 1926.
- COHN, R. : Clinical Electroencephalography Mc Graw- Hill Book Co. New York, 1949.
- DARWIN, C.: The Expressions of the Emotions in Man and Animals. (2nd ed.) Murray, London. 1890.
- DECKER, K.: Clinical Neuroradiology. Mc Graw Hill Book Co. New York, 1966.
- DEUTSCH, F.: On the Mysterious Leap from the Mind to the Body. International University Press, New York, 1959.
- DU BOIS REYMOND, E.: zit. nach O. Sachs.
- FOUCAULT, M. : Madness and Civilization. Random House, New York, 1965.
- FREUD, S.: A General Introduction to Psychoanalysis. Reprinted by Washington Square Press, New York, 1959.

- GELHORN, E.: Principles of Autonomic-Somatic Intergration. University of Minnesota Press, Minneapolis, 1967.
- GOODMAN, L.S. ; GILMAN, A.: The Pharmacological Basis of Therapeutics. (2nd ed.) Macmillan, New York, 1955.
- GOWERS, W.R. Sir.: Epilepsy and Other Chronic Convulsive Diseases: their Causes Symptoms and their Treatment(1881) Dover Publications Reprint, New York, 1964.
- GRODDECK, G.: The Book of the It. (Authorised Translation of Das Buch vom Es) 1923, Random House, New York, 1948.
- HEBB, D.: The Problem of Consciousness and Introspection in Brain Mechanisms and Consciousness., edited by J. F. Delafrensaye., Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1954.
- HEBERDEN, W.: Commentaries on the History and Cure of Diseases. T. Payne, London, 1802.
- HEYCK, H. : Neue Beiträge für klinik und Pathogenese der Migräne. Theime, Stuttgart, 1965.
- JACKSON, J.H.: Selected Writings of John Hughlings Jackson. Edited by James Taylor. Hodder & Stoughton & Co., London, 1931.
- JONES, E.: On Nightmare. Hogarth Press, London, 1949.
- KLEIN, A.: A Clinical Study of Migraine with Particular Reference to the Most Severe Cases. Munksgaard, Copenhagen, 1968.
- KONO, T. : Selected Writings of the Great Tommy Kono. York & Hoffman Publications., York, Pa., 1972.
- KONORSKI, J.: Integrative Activity of the Brain: an Interdisciplinary Approach. University of Chicago Press, Chicago, 1967.

- LENNOX, W.,; LENNOX, M.: Epilepsy and Related Disorders. (2 volumes.) Little, Brown & Co., Boston, 1960.
- LIVEING, E. : On Megrim, Sick Headache, and Some Allied Disorders: A Contribution to the Pathology of the Nerve Storms. Churchill, London, 1875. (Courtesy of Dr. O. Sacks)
- LURIA, A.: Higher Cortical Functions in Man. (Translated by Basil Haigh) Basic Books, New York, 1966.
- PAVLOV, I.: Lectures on Conditioned Reflexes. (Translated by W. Horsley Gantt.) International Publishers, New York, 1928.
- PENFIELD, W.,; RASMUSSEN, T.: The Cerebral Cortex of Man. The Macmillan Co., New York, 1950.
- PETERS, J.: zit. nach O. Sacks.
- RIEFF, P.: Freud- The Mind of the Moralist. Doubleday & Co., New York, 1958.
- SACKS, Oliver W. Migraine- Evolution of a Common Disorder. University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1970. s. 4, 8, 16, 36, 89, 145, 212, 248, 278,.
- SELBY, G.,; LANCE, J.: Observations on 500 Cases of Migraine and Allied Vascular Headaches. J. Neurol. Neurosurgery. & Psychiat. 23 s 23.
- SELYE, H.: The General Adaption Syndrome and Diseases of Adaptation. J. Clinic. Endocrinol. 6:117, (1948).
- TISDOTT, S.: zit. nach C. Sacks.
- WEISS, E., ; ENGLISH, O.: Psychosomatic Medicine: a Clinical Study of Psychophysiological Reactions. W.B. Saunders & Co. Philadelphia & London, 1957.
- WHITT, R.: zit. nach C. Sacks.
- WILIS, R. : zit. nach C. Sacks.
- WOLFE, H. : Headache and other head pain. Oxford Univ. Press, New York, 1963, 110.

YOU, R.:

Selected Writtings and Works
of Dr. Richard W. You, U.S.
Olympic Team Physcian and
International Sports Expert.,
York International Building
and You Plublications,
Honolulu, Hawaii, 1972.

LEBENS LAUF

Am 30. April 1941 wurde ich Carl M. Warvarosvsky, in Los Angeles, California als Sohn des Ingenieurs Carl Warvarovsky und seiner Ehefrau Zelda, geb. Spencer, geboren.

Von 1946 - 1954 besuchte ich die Volksschule, danach vier Jahre lang die "High School", deren Abschlußprüfung ich 1957 erfolgreich bestand. Im September 1958 immatrikulierte ich an der University of Southern California.

Im Juni 1962 bekam ich meine "Bachelor of Science" von der University of Southern California. Im September 1963 bekam ich meinen "Masters's Degree in Business Administration" von der University of Southern California.

Nach meinem Militärdienst begann ich 1967 in Deutschland das Medizinstudium.

Im April 1968, immatrikulierte ich mich an der Universität München um Medizin zu studieren. Nach 11 Semestern legte ich im Dezember 1973 das Medizinische Staatsexamen ab.

